

ASPETTI DIAGNOSTICI E CARATTERISTICHE PSICOPATOLOGICHE NEI DISTURBI ALIMENTARI: UN CONTRIBUTO DI RICERCA

Ricerca realizzata e pubblicata(*) dalla Dott.ssa Anna Maria Speranza, membro del comitato scientifico e responsabile della ricerca ABA.

(*) "Aspetti diagnostici e caratteristiche psicopatologiche nei disturbi alimentari: un contributo di ricerca", in Il corpo ostaggio, Teoria e clinica dell'anoressia-bulimia a cura di Massimo Recalcati, Borla, Roma 1998

Introduzione

L'anoressia e la bulimia sono fenomeni piuttosto complessi: da una parte infatti la loro descrizione clinica presenta in maniera caratteristica aspetti di uniformità e serialità fenomenica, dall'altra il dilagare del fenomeno sembra aver assunto complessità e variabilità sintomatica tali che persino le nosografie psichiatriche ufficiali ne hanno modificato diverse volte i criteri negli ultimi 20 anni. L'aumento evidente di queste patologie nelle società occidentali, per la probabile influenza di fattori storici, sociali e culturali nella "scelta del sintomo", è stato caratterizzato infatti da una rapida metamorfosi delle forme cliniche e della fascia di età interessata: la prevalenza dell'anoressia restrittiva degli anni '60 è stata progressivamente sostituita dall'apparire delle forme con crisi bulimiche e vomito fino al prevalere della bulimia dopo gli anni '80. Al tempo stesso, nonostante l'età adolescenziale si consideri da sempre a rischio, il fenomeno si è esteso anche alle età precedenti lo sviluppo puberale e a quelle successive all'adolescenza [1].

La letteratura psichiatrica e psicologica sui disturbi alimentari appare oggi sterminata, nonostante sia presente una notevole sproporzione tra gli studi clinici puramente sintomatici o epidemiologici e quelli dedicati alla psicopatologia di orientamento dinamico. Quello che si osserva è soprattutto il notevole divario tra le ricerche e i lavori teorico-clinici che sembrano appartenere ad aree di interesse talmente distanti da procedere ognuna parallelamente e senza mutue influenze. L'impostazione generale di questo lavoro tenderà al contrario, per quanto questo sia possibile, a ricercare un'area di sovrapposizione tra le "teorie" e i "dati" che serva ad informare le une e gli altri attraverso un reciproco scambio che favorisca una riflessione articolata su un fenomeno al centro di un interesse sempre maggiore. Gli scopi di questo lavoro non sono ovviamente tanto ambiziosi da pretendere di articolare in maniera esaustiva questo discorso. Tuttavia, mantenendo presente questa prospettiva e utilizzando per quanto possibile i dati della nostra ricerca, si cercherà di porre l'attenzione fondamentalmente su due aspetti: da una parte la difficoltà di considerare anoressia e bulimia come due sindromi separate e dall'altra l'importanza di articolare la diagnosi secondo una prospettiva psicodinamica, superando il modello descrittivo-fenomenologico del DSM-IV.

Alcune rilevazioni epidemiologiche

Per inquadrare in maniera più chiara il fenomeno anoressico-bulimico è necessario fare riferimento agli studi epidemiologici su popolazioni normali o in età di rischio. Le ricerche epidemiologiche sono necessarie per ottenere informazioni sui tassi di prevalenza e sulla variazione di questi tassi nelle diverse popolazioni e per identificare i fattori di rischio che

aumentano la probabilità che si sviluppi un disturbo. L'importanza di considerare questi studi per una patologia come quella anoressico-bulimica risiede innanzitutto nella possibilità di comprendere che esiste uno spettro molto ampio di disturbi alimentari che si collocano su un continuum di gravità e che pur presentando caratteristiche comuni sottendono significati psicopatologici specifici che vanno indagati nell'ambito dello sviluppo psichico individuale. Negli ultimi anni sono stati numerosi gli studi che hanno mostrato chiaramente gli elevati tassi di prevalenza dell'anoressia e della bulimia nella maggior parte dei paesi occidentali, nonché la presenza pervasiva soprattutto fra gli adolescenti di fattori aspecifici che possono considerarsi predisponenti allo sviluppo di questi disturbi, come il desiderio di dimagrire, l'insoddisfazione per il proprio peso corporeo e la propria immagine, il frequente ricorso a diete, il valore estetico della magrezza, ecc. Le preoccupazioni relative all'alimentazione e al corpo sembrano essere presenti fin dall'infanzia in una elevata percentuale di casi [2]. Negli ultimi venti anni, anche se le rilevazioni non sono chiare per via dei diversi criteri diagnostici utilizzati, è apparso evidente un aumento notevole dei disturbi alimentari. Gli studi degli anni '70 negli Stati Uniti e in Europa rilevavano una prevalenza dello 0.5-0.6% per l'anoressia e del 2% per la bulimia nella popolazione a rischio. Queste percentuali aumentavano in maniera considerevole (dal 6% al 22%) se si tenevano in considerazione anche i comportamenti alimentari indicatori di rischio [3]. Gli studi degli anni '80 sulla bulimia rilevano indici in crescita, con una prevalenza della sindrome (secondo i criteri del DSM-III) che varia dal 5 al 20% nella popolazione studentesca femminile e dallo 0 al 5% nella popolazione maschile [4]. Le crisi bulimiche settimanali sono presenti nella popolazione adulta tra il 5 e il 32%, mentre il vomito autoindotto settimanale tra l'1 e il 4%. Il DSM-IV riporta una prevalenza tra lo 0.5 e l'1% di anoressia nella popolazione di adolescenti e giovani adulti e tra l'1 e il 3% per la bulimia nello stesso tipo di popolazione. In Italia gli studi di Cuzzolaro e di Dotti [5] rilevano percentuali analoghe nella prevalenza dei disturbi (0.2-0.8% per l'anoressia, 1-5% per la bulimia, 8-15% per le condizioni "sub-cliniche").

E' necessario sottolineare due aspetti fondamentali in questi dati: da una parte la frequenza estremamente elevata di forme cosiddette sub-cliniche che arrivano fino al 20-30% nelle popolazioni a rischio e dall'altra la considerazione proprio di un'età di rischio, cioè quella dell'adolescenza. Questi due fattori sono rilevanti nella comprensione del fenomeno anoressico-bulimico per diversi motivi. Innanzitutto mettono in luce l'esistenza di uno spettro molto ampio di disturbi alimentari che pone problemi diagnostici complessi. In secondo luogo, permettono di considerare gli aspetti "aspecifici" del fenomeno nella nostra cultura. E' chiaro infatti che molti di questi comportamenti non sono di per sé segno di psicopatologia, ma occorre considerarli come il terreno su cui potrebbero svilupparsi queste problematiche. Quello che sembra essere rilevante dunque è l'importanza di una "cultura" condivisa che non provoca il sintomo ma ne rappresenta l'humus ideale a cui attingere per la "scelta del sintomo". In terzo luogo, questi dati indicano chiaramente che attenzione particolare deve essere posta agli aspetti specifici che sottendono lo sviluppo psicologico in adolescenza, considerandoli determinanti nella forma che assume il disturbo. Come vedremo in seguito infatti, le tematiche di fondo dei disturbi alimentari - il problema dell'identità, del corpo, della separazione-individuazione - rappresentano proprio i nuclei problematici dell'adolescenza che diventa infatti fase evolutiva specifica per l'emergere dei disturbi.

La cultura psichiatrica attuale tende a mettere insieme questi fattori includendoli nella cosiddetta "prospettiva multidimensionale" (biopsicosociale) nell'approccio ai disturbi alimentari. A mio avviso invece questi fattori, pur assumendo un peso rilevante nel determinare la "forma" e in parte anche la "specificità" del disturbo, non devono essere confusi con le "cause" del disturbo stesso contribuendo in questo modo ad oscurare il suo significato dinamico nell'economia psichica dell'individuo.

Come vedremo, molte delle osservazioni fin qui esposte a proposito della eterogeneità dei disturbi alimentari e della loro collocazione nella fascia adolescenziale trovano ampio riscontro nei dati emersi dalla nostra ricerca.

Descrizione del campione ABA

Prima di discutere i dati emersi dal nostro lavoro è necessario fare brevemente riferimento all'osservatorio dell'ABA per inquadrare con maggiore chiarezza il campione e la raccolta dei dati. Le caratteristiche dell'osservatorio da noi costituito presso le sedi ABA di Roma e di Milano si basano su due aspetti fondamentali. Innanzitutto l'autoreferenzialità della domanda, che è favorita dal contesto associativo e che "rappresenta" l'ABA nella mente dei pazienti più come un luogo di identificazione e riconoscimento che non come luogo di medicalizzazione. Questo aspetto rende conto soprattutto dell'età media relativamente più elevata al momento della consultazione rispetto all'età di esordio del disturbo. In secondo luogo la specifica modalità della consultazione, che si caratterizza come una serie di colloqui di ascolto volti a favorire l'articolazione di una domanda di cura. Questa modalità, proprio perché orientata in senso dinamico, non permette la stessa qualità di raccolta dei dati anamnestici che potrebbe emergere attraverso un'intervista. La mancanza di sistematicità dell'indagine può aver dato luogo quindi, nella compilazione della scheda clinica dei pazienti, ad una stima in difetto di una serie di dati.

A partire da queste premesse è evidente come sia necessario considerare questo lavoro come una ricerca "esplorativa" sulla popolazione clinica da noi osservata. Il campione preso in considerazione per questo lavoro è di 770 soggetti che si sono rivolti alle sedi ABA di Roma e Milano per una consultazione tra il 1° giugno 1995 e il 31 dicembre 1996. Come si può osservare nella Tabella 1 il campione è costituito prevalentemente da donne con un'età media di circa 25 anni (il 90% ha tra i 13 e i 33 anni), in prevalenza studentesse o impiegate. La bassissima percentuale di maschi (1.6%), oltre a confermare i dati emersi dalle rilevazioni epidemiologiche, indica probabilmente che il fenomeno rimane ancora in parte sommerso. Per quanto riguarda lo status socio-economico delle famiglie di origine, ricavato in base alla professione dei genitori, si può osservare una prevalenza di famiglie di ceto medio (52%), dove i genitori sono prevalentemente impiegati, pensionati o casalinghe. Non si rilevano differenze significative nelle professioni e nello status socio-economico della famiglia per quanto riguarda le diverse categorie diagnostiche, a sostegno dell'ipotesi che vede in questi ultimi anni una progressiva diffusione di queste patologie in tutte le classi sociali.

Tabella 1. Dati demografici del campione

Sede del colloquio	N=495 (Milano)	N=275 (Roma)
Sesso	98.4% (femmine)	1.6% (maschi)
Età	25.4 anni (media)	13-58 anni (range)
Stato civile	82.5% (nubili/celibi)	
	15.1% (coniugati/conviventi)	
	2.4% (separati/divorziati/vedovi)	
Titolo di studio	10% (laurea)	
	68% (diploma)	
	22% (medie inf.)	
Professione	48.7% (studente)	
	26.3% (impiegato)	
	13.1% (non occupati/occup.saltuaria)	
	3.7% (libero professionista/dirigente)	
Professione della Madre	8.2% (altro)	
	40.0% (casalinghe)	
	23.3% (impiegate)	
	11.6% (libere professioniste/dirigenti)	
	10.5% (pensionate)	
	3.5% (operaie)	
Professione del Padre	11.1% (altro)	
	33.0% (liberi professioniste/dirigenti)	
	22.2% (pensionati)	
	20.8% (impiegati)	
	7.0% (operai)	
	17.2% (altro)	
Status socio-economico della famiglia (in base al lavoro)	35.5% (alto)	
	52.0% (medio)	
	12.5% (basso)	

Relativamente ai dati demografici non sono state rilevate differenze significative nelle popolazioni di Roma e Milano.

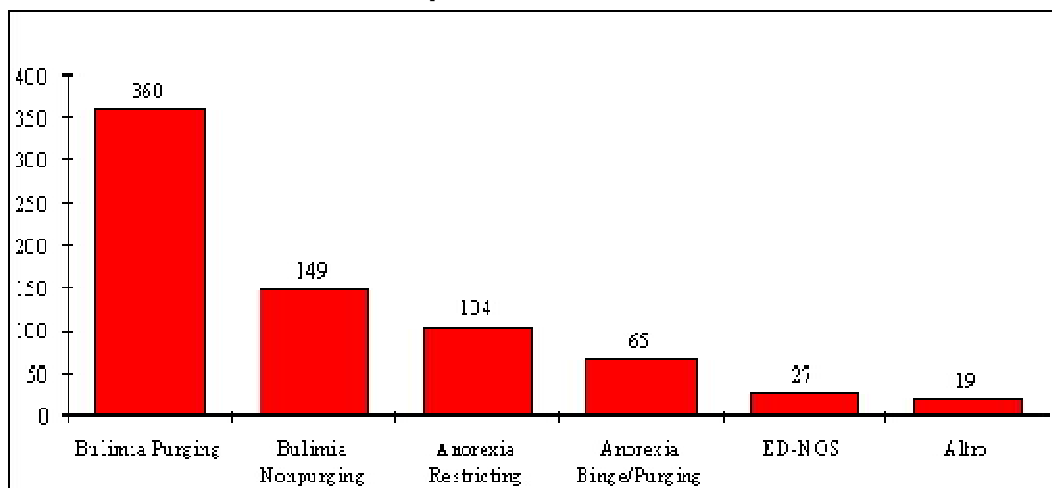
L'età piuttosto elevata del nostro campione alla prima consultazione è da riferirsi, come accennato in precedenza, prevalentemente alla modalità autoreferenziale di domanda rivolta alla nostra struttura. Il 77% circa dei pazienti infatti è arrivato all'ABA per iniziativa personale, il 19.2% per richiesta della famiglia e il 3.7% inviato da specialisti. Queste percentuali variano comunque in maniera significativa ($N=628$, $\chi^2=24.4$, 2gdl, $p<.000$) a seconda della diagnosi: se infatti l'80.5% delle pazienti bulimiche è portato a chiedere un aiuto personalmente (mentre sono inviate dalla famiglia e dagli specialisti rispettivamente nel 17.2% e nel 2.3% dei casi), le pazienti con una diagnosi di anoressia arrivano per iniziativa personale solo nel 62.4% dei casi (famiglia e specialisti inviano rispettivamente nel 29.3% e nell'8.3% dei casi). E' evidente in questo caso l'importanza della posizione soggettiva del

paziente rispetto al suo problema, dove le forme anoressiche del disturbo alimentare rilevano più frequentemente la natura egosintonica del sintomo e l'identificazione ad esso che non favorisce la richiesta di cura. Tuttavia è anche importante considerare il peso assunto dalla percezione di "malattia" da parte della famiglia e soprattutto da parte degli specialisti che con maggiore facilità identificano la gravità del sintomo anoressico sottovalutando al contrario i rischi psicologici e fisici del comportamento bulimico. E' interessante in questo caso considerare che i pazienti sono venuti a conoscenza dell'ABA prevalentemente attraverso l'informazione data dai giornali o dalla televisione (43.1% dei casi) o attraverso il libro di Fabiola De Clercq (17.4%), mentre i medici, gli psicologi e le strutture sanitarie informano solo l'11.6% dei pazienti a Milano e il 7.7% a Roma.

Caratteristiche cliniche del campione

Per quanto riguarda la valutazione diagnostica del nostro campione ci siamo attenuti, in questa ricerca esplorativa, ai criteri del DSM IV per la descrizione fenomenologica dei disturbi alimentari, riservandoci in questa sede di valutarne l'efficacia clinica [6]. I dati clinici si riferiscono a 724 soggetti, essendone stati esclusi 46 per mancanza di dati sufficienti. Come si può osservare dalla Tabella 2, nel nostro campione abbiamo rilevato una percentuale di Bulimia Nervosa pari complessivamente al 70.3%, di cui il 49.7% del sottotipo "con condotte di eliminazione" (Purging Type) e il 20.6% "senza condotte di eliminazione" (Nonpurging Type) e una percentuale di Anoressia Nervosa pari complessivamente al 23.4%, di cui il 14.4% del sottotipo "restrittivo" (Restricting Type) e il 9% "con abbuffate/condotte di eliminazione" (Binge/Purging Type). Nel 6.3% dei casi i pazienti presentavano una diagnosi di "disturbi alimentari non altrimenti specificati" (in cui cioè non erano presenti tutti i criteri necessari alla diagnosi di anoressia o di bulimia) oppure rientravano nella categoria "altro", corrispondente perlopiù all'obesità.

Tabella 2. Dati clinici del campione



	Bulimia Purging Type	Bulimia Nonpurging Type	Anorexia Restricting Type	Anorexia BingePurging Type	Disturbi Alimentari NOS	Altro
Numero pazienti (%)	360 (49.7%)	149 (20.6%)	104 (14.4%)	65 (9.0%)	27 (3.7%)	19 (2.6%)
Età media (ds)	24.4 (5.7)	27.9 (8.2)*	23.9 (6.0)	22.8 (4.4)	29.5 (8.9)*	29.3 (9.4)*
Età di esordio (ds)	18.3 (4.2)	18.1 (6.1)	18.7 (5.1)	18.5 (3.6)	19.9 (7.1)	16.0 (6.9)
Durata d.a.(ds)	6.0 (5.9)	9.2 (8.1)*	5.1 (4.6)	4.3 (3.1)	9.9 (10.2)*	13.0 (10.2)°

Note. * si differenziano dagli altri ($p < .000$); ° si differenzia dagli altri ($p < .000$).

Il fatto che gli individui con Bulimia siano presenti in misura 3 volte maggiore a quelli con Anoressia risponde in generale agli indici di prevalenza indicati dal DS M-IV (1% per l'anoressia, 3% per la bulimia) e dalle principali ricerche epidemiologiche. La distribuzione del nostro campione inoltre non si differenzia in maniera significativa dal campione di Toronto [7] per quanto riguarda la frequenza delle sottocategorie Anoressia Restrittiva, Anoressia Purging Type e Bulimia (entrambe le sottocategorie) ($N=856$, $c2=1.18$, 2gdl, n.s.). Il campione di Toronto può essere in qualche modo avvicinato al nostro dal momento che comprende tutti i casi afferenti ad un centro specializzato in disturbi alimentari nell'anno 1986. I dati che emergono da questo studio longitudinale, che va dal 1975 al 1986, mostrano che mentre nei primi anni la frequenza delle tre sindromi era pressoché analoga, dopo il 1981 si assiste ad un progressivo aumento della bulimia che in pochi anni raggiunge una proporzione analoga a quella presente nel nostro campione. Questi dati dimostrano che negli ultimi anni la bulimia ha cominciato a rappresentare un fenomeno in crescente espansione, nonostante la letteratura specialistica e soprattutto quella psicodinamica vi abbiano dedicato finora meno riflessioni rispetto a quanto fatto per l'anoressia [8].

E' da segnalare innanzitutto che la diagnosi secondo il DSM-IV è soltanto descrittiva della sintomatologia e non tiene conto del fatto che gli individui sofferenti di disturbi alimentari passano nel corso degli anni da una forma all'altra di disturbo [9]. Questo dato ci è confermato dal fatto che in circa il 33% del nostro campione la durata complessiva del disturbo alimentare e la permanenza dell'episodio corrente (cioè della diagnosi attuale) non coincidono, il che dimostra che prima del disturbo attuale l'individuo soffriva di un disturbo alimentare diverso (in generale si assiste al passaggio dalla forma anoressica a quella bulimica, ma può verificarsi anche il contrario e soprattutto quelli che erano solo indici di difficoltà transitorie nel rapporto con il cibo possono nel tempo organizzarsi in forma più strutturata). Infatti mentre quasi il 45% del campione riferisce una durata del disturbo alimentare in generale di oltre 5 anni, questa percentuale scende al 28% per la stessa durata riferita al disturbo attuale. Pur nella loro estrema schematicità questi dati sembrano indicare la difficoltà di considerare Anoressia e Bulimia come due sindromi separate con caratteristiche differenti. Negli ultimi anni si è sviluppato a questo proposito un intenso dibattito tra chi le ritiene due sindromi separate e distinte e chi le considera piuttosto varianti di uno stesso disturbo. A partire da una rassegna su diversi studi clinici, che si presentano in proposito piuttosto contraddittori, Garner e Fairburn hanno formulato alcune osservazioni

che coniugano dati empirici ed evidenza clinica: molti pazienti con anoressia nervosa presentano sintomi di bulimia così come molti pazienti bulimici "normopeso" hanno una storia clinica di anoressia e sottopeso, molti pazienti si "spostano" da una sindrome all'altra in momenti differenti della vita e, soprattutto, la variabilità all'interno di una sindrome, in termini di confronti psicometrici e clinici, è sorprendentemente più ampia di quella tra le due sindromi [10]. E' evidente che la sovrapponibilità o meno delle sindromi non dovrebbe essere fatta solo su questi criteri ma su criteri di ordine dinamico che individuino analogie e differenze nei meccanismi di difesa, nell'organizzazione psicopatologica e nelle modalità relazionali [11]. E' possibile ritenere ad esempio che la tensione costante vissuta dalle pazienti tra l'atteggiamento restrittivo e le crisi bulimiche è da mettere in parallelo con le loro modalità relazionali fatte ugualmente di un bilanciamento tra l'evitamento delle relazioni e l'autosufficienza da una parte e l'attaccamento agli oggetti e la dipendenza dall'altra. Prendere in considerazione questo livello permette di superare la distinzione tra "sindromi" per identificare invece la analogie sottostanti che non possono essere ridotte al solo aspetto fenomenico. Come vedremo in seguito, tutte le analisi che sono state effettuate sui dati del nostro campione non hanno mostrato differenze significative tra anoressia e bulimia o tra i diversi sottotipi, mentre è chiaro che esiste una estrema variabilità tra i soggetti all'interno della stessa categoria diagnostica. Questi dati sostengono l'ipotesi che le caratteristiche differenziali debbano essere rintracciate ad un livello diverso da quello esclusivamente sintomatico.

Passiamo ora ad esaminare le altre caratteristiche. In tutto il campione l'età di esordio del disturbo è in media intorno ai 18 anni (tranne per il gruppo "obeso" in cui la media è minore, 16 anni). Il 63.5% del campione ha un esordio tra i 15 e i 18 anni e si rilevano inoltre due picchi di maggiore frequenza: il primo a 15 anni (12.2%) e il secondo a 18 anni (11.4%). Queste due età, rilevate anche in molti altri studi [12], rappresentano due periodi evolutivi significativi: il momento che segue immediatamente lo sviluppo puberale e il momento di una progressiva autonomizzazione dell'adolescente. Per quanto riguarda i diversi sottotipi non sono state rilevate differenze significative per quanto riguarda l'età di esordio.

Per quanto riguarda invece l'età al momento del colloquio e la durata del disturbo alimentare ci sono da segnalare alcune differenze. Il confronto tra i diversi gruppi ha mostrato delle differenze significative nel distinguere da una parte la Bulimia Nonpurging Type, i Disturbi alimentari Non Alimenti Specificati e la diagnosi "Altro" (obesità), con una durata media del disturbo dai 9 ai 13 anni e un'età media al momento del colloquio tra i 27 e i 29 anni, e dall'altra la Bulimia Purging, l'Anoressia Restrittiva e l'Anoressia Purging, con una durata media del disturbo inferiore (dai 4 ai 6 anni circa) e un'età media più giovane (dai 22 ai 24 anni) [13]. E' evidente che questi due dati si sovrappongono e si motivano reciprocamente: se infatti l'età di esordio è all'incirca la stessa per tutti i sottotipi, tanto più la richiesta di aiuto sarà tardiva tanto più la durata del disturbo sarà lunga. Questo avviene però solo per alcuni sottotipi e precisamente per quei problemi che sembrano non costituire agli occhi del paziente o dei suoi familiari un fattore di rischio grave, sia perché non implicano un grave sottopeso sia perché non vi sono inclusi comportamenti come le condotte di eliminazione. Il paziente tenderà infatti più spesso a minimizzare soprattutto i significati, oltre che le conseguenze, di un certo tipo di comportamenti come le abbuffate o l'iperalimentazione compulsiva, non mettendoli in relazione alle proprie difficoltà psicologiche.

Tra le caratteristiche cliniche del nostro campione è da segnalare che molti dei pazienti che giungono alla nostra struttura hanno già effettuato un considerevole numero di terapie. La Tabella 3 evidenzia che il 14.6% del campione è stato ricoverato almeno una volta (e di questi un quarto due o più volte). La frequenza del ricovero discrimina in maniera significativa, come è ovvio, i pazienti anoressici da quelli bulimici ($N=640$, $\chi^2=10.7$, 1gdl, $p<.001$), e lo stesso avviene per quanto riguarda la frequenza delle terapie precedenti ($N=678$, $\chi^2=8.66$, 1gdl,

p<.003). Complessivamente comunque il 56% dei pazienti ha già effettuato una terapia prima di arrivare all'ABA; in gran parte si tratta di terapie individuali o di trattamenti farmacologici. Il numero delle terapie effettuate aumenta ovviamente con la durata del disturbo. Questo dato risulta particolarmente rilevante in questo tipo di patologie perché sembra delineare uno specifico circolo vizioso, caratterizzato da una continua ricerca di nuove terapie che vengono rapidamente abbandonate e legato almeno in parte della cronicizzazione di alcuni disturbi.

Tabella 3. Ricoveri e terapie precedenti

TERAPIE PRECEDENTI (per N=712 pazienti)	Soggetti	%
Ricoveri (N=25 più di 1 ricovero)	N=105	14.6%
Terapie precedenti*	N=399	56.0%
di cui: terapia individuale	N=241	33.8%
terapia farmacologica	N=138	9.3%
cure mediche	N=40	5.6%
terapia dell'alimentazione	N=24	3.4%
psicoanalisi	N=20	2.8%
terapia familiare	N=19	2.6%
terapia di gruppo	N=18	2.5%
altro (counseling, ipnosi, gruppi self-help)	N=46	6.5%

Nota. * Il totale qui si riferisce al numero totale dei pazienti che hanno effettuato 1 o più terapie precedenti, mentre per le singole voci sul tipo di terapia ci si riferisce al numero di pazienti che hanno effettuato quella terapia (il 13.6% dei pazienti (N=97) riferisce 2 terapie e il 3% (N=22) da 3 a 5 terapie).

Oltre agli aspetti strettamente anamnestici e diagnostici, nell'ambito dei primi colloqui sono state esplorate anche altre aree significative. Nel riportare questi dati cercheremo non solo di descrivere gli eventi, le psicopatologie familiari e i sintomi rilevati, ma di leggerli da una prospettiva dinamica che possa attribuire loro un significato specifico nell'ambito del discorso anoressico-bulimico.

Eventi

Nell'ambito di un primo colloquio con una paziente anoressica è sorprendente notare come possano essere presenti due atteggiamenti alquanto diversi da parte della paziente: da una parte sembra esserci una negazione assoluta dell'importanza o della presenza di un qualsiasi evento significativo scatenante, dall'altra e con altrettanta facilità il terapeuta può trovarsi di fronte a storie estremamente drammatiche di abusi, lutti e traumi. Anche in questo secondo caso il significato o l'importanza di questi eventi sembrano non toccare la consapevolezza della persona. Più spesso l'importanza attribuita dalla paziente al sintomo, il suo non-senso, il sentimento di essere intrappolata nel sintomo stesso, sembrano assumere una tale preminenza da non lasciare spazio ad alcuna riflessione, ad alcun interrogativo. Il sintomo è una sorta di velo scuro che copre ogni cosa, che rende ogni storia uguale all'altra e soprattutto che maschera in maniera assolutamente impenetrabile tutto ciò che esisteva "prima", qualunque evento come qualunque sentimento. Questo atteggiamento generale rende

abbastanza plausibile l'idea che, a meno di non effettuare un'indagine sistematica continuativa, ciò che emerge nei primi colloqui è necessariamente una stima in difetto dell'esistente. E' con questa premessa che è necessario osservare i dati emersi nel nostro campione. Inoltre è importante tener conto del fatto che alcuni eventi traumatici, come gli abusi e i maltrattamenti, vengono più spesso tenuti segreti o sono oggetto di rimozione ed emergono frequentemente solo nel corso della terapia. Nonostante queste difficoltà, comunque, nel nostro campione abbiamo potuto rilevare fin dai primi colloqui un certo numero di eventi importanti.

Tabella 4. Eventi presenti nella storia clinica dei pazienti

EVENTI (per N=714 pazienti)	Soggetti	%
Lutto, perdita affettiva, mancanza di genitore	N=187	26.2%
Malattie gravi e/o ospedalizzazioni	N=58	8.1%
Abuso, molestie, maltrattamenti	N=40	5.6%
Aborto	N=20	2.8%

Nota. Il 7.7% dei pazienti (N=55) riferisce più di un evento.

Come si può osservare dalla Tabella 4, quasi un quarto dei pazienti riferiscono di aver subito un lutto (9.8%) o di aver sofferto per la mancanza di un genitore (6.2%) o per la perdita affettiva di una figura importante (10.2%). Dati analoghi sono confermati da numerose ricerche che mostrano percentuali anche più elevate di eventi traumatici come lutti e separazioni da figure rilevanti fra gli eventi associati dalle pazienti all'esordio del disturbo (dal 7 all'88% nei diversi campioni [14]). E' necessario fare alcune riflessioni su questi dati per non attribuire erroneamente alla perdita in sé la causa di questi disturbi. Il problema principale infatti deve essere rintracciato non tanto negli eventi descritti, quanto nelle modalità con cui tali eventi vengono affrontati a livello psichico. In particolare la separazione e la perdita sembrano poter rappresentare per queste pazienti degli eventi traumatici, che travolgono cioè le capacità di elaborazione psichica del soggetto, tanto che vi viene posta soluzione o attraverso un'identificazione con l'oggetto perduto, nell'anoressia [15], o attraverso un annullamento del tempo e del cambiamento che ugualmente annulla la perdita stessa, nelle crisi bulimiche di riempimento e svuotamento. In ogni caso le tematiche depressive sembrano rappresentare in alcuni casi un tratto fondante sia dell'anoressia che della bulimia, come vedremo in seguito. Si possono formulare diverse ipotesi a ragione della centralità dell'evento della perdita in questi disturbi. Ci si può chiedere se quello che rende questi eventi veramente traumatici non sia il terreno su cui vanno a posarsi, ovvero le capacità di elaborazione psichica del soggetto fortemente compromesse dall'uso di meccanismi difensivi primitivi e da un difetto dell'ordine simbolico [16]. Ci si può chiedere inoltre se l'evento reale della perdita non sia in realtà una sorta di ricordo di copertura che maschera e nasconde una storia di microtraumi o traumi cumulativi che hanno in comune non solo l'evento della perdita ma anche quello dell'assenza, assenza psichica prima ancora che fisica. Ci sono infine autori che attribuiscono all'assenza di un genitore (frequentemente il padre, perduto o anche solo assente emotivamente) il potere di creare una situazione simbiotica tra la paziente e la madre in cui diviene estremamente difficile la separazione senza il ricorso all'anoressia [17].

Anche le malattie gravi (acute o croniche) e le ospedalizzazioni sono spesso associate dalle pazienti all'esordio del disturbo alimentare [18]. In questo caso ritroviamo un'altra tematica

fondante il discorso anoressico-bulimico: la minaccia allo stato di integrazione del sé che si tenta di evitare attraverso un investimento delirante del corpo e il controllo su di esso. In inglese la parola "injury" (ferita ma anche danno) sembra ben evocare il concetto di danno fisico e psichico che sembra essere il vissuto profondo di queste pazienti. Possono a questo proposito verificarsi due situazioni: da una parte l'identità corporea, già fortemente minacciata dai cambiamenti puberali, sembra subire con la malattia un nuovo danno irreparabile che deve essere evitato attraverso il controllo estremo di ogni sua parte e confine, dall'altra l'esperienza della malattia fisica durante l'infanzia può interferire nella costruzione di una identità personale e dell'immagine corporea. In entrambi i casi è probabile che il disturbo assuma il significato di un ancoraggio al corpo nel tentativo di evitare la frammentazione psichica.

L'evento "aborto" (2.8%) sembra in qualche modo riassumere contemporaneamente il significato della perdita e dell'attacco al corpo, spesso attraverso la mediazione di un "passaggio all'atto" impulsivo.

Attenzione particolare deve essere invece rivolta al peso assunto dagli eventi come l'abuso sessuale (3.1%), le molestie sessuali (1%) e i maltrattamenti fisici (1.5%). Qui il danno al corpo, e in particolare al corpo sessuato, assume un carattere particolare. L'abuso è frequentemente legato ad una vergogna profonda e alla colpa per il proprio corpo che diventa oggetto odiato che deve essere "purificato" attraverso ogni pratica possibile di svuotamento. Nel nostro campione l'abuso è risultato l'unico evento che differenzia le pazienti con una sintomatologia bulimica da quelle con una sintomatologia anoressica. Non vi sono nel nostro studio casi di abuso nelle pazienti con anoressia restrittiva. Questo dato, che tuttavia potrebbe anche essere dovuto alla difficoltà di rilevare questo evento nei primi colloqui, è confermato da molti studi che associano soprattutto la bulimia all'abuso sessuale [19]. Accanto all'aspetto difensivo costituito dalla negazione del corpo e della femminilità per sfuggire alla perversione dell'altro, il comportamento bulimico, con il suo ricorrere di abbuffata e vomito, sembra assumere in questo caso un significato specifico legato al bisogno di espellere da sé un oggetto interno minaccioso e terrifico nel tentativo di ristabilire una integrità corporea frammentata.

Patologie familiari

Lo studio della psicopatologia familiare dei pazienti anoressici e bulimici è stata fino a pochi anni fa prerogativa dei terapeuti di orientamento sistemico-relazionale. Solo di recente anche gli autori di impostazione psicoanalitica hanno approfondito questo ambito, spesso così rilevante per la comprensione di questo fenomeno clinico, data soprattutto la sua alta incidenza in età adolescenziale dove l'adolescente vive un contemporaneo conflitto sul registro della realtà interna e su quello della realtà esterna. Non ci occuperemo qui tuttavia dell'aspetto propriamente relazionale delle patologie familiari, perché anche in questo caso i dati di cui disponiamo sono solo di ordine generale. La tabella 5 mostra la frequenza con cui sono emerse patologie familiari nell'ambito dei primi colloqui di consultazione. Un confronto anche generale con i dati clinici rilevati in colloqui di consultazione con i genitori ci informa tuttavia della poca attendibilità di questi dati, sempre sul versante di una loro sottostima. Proveremo quindi a darne una lettura riferendoci, quando ciò è possibile, anche ai dati clinici direttamente osservati.

Tabella 5. Patologie presenti nella famiglia.

PATOLOGIE FAMILIARI (per 616 pazienti)	Soggetti	%
Patologia mentale	N=80	13.0%
Patologia fisica (tumore, diabete, cardiaca)	N=59	9.6%
Disturbi alimentari	N=40	6.5%
Alcolismo e tossicodipendenza	N=35	5.7%

Nota. Il 4% dei pazienti (N=25) riferisce più di una patologia familiare.

Tra le patologie più frequenti nelle famiglie troviamo le patologie mentali (13%). Tali patologie sono state registrate solo quando emergeva chiaramente dal colloquio con la paziente che uno dei genitori o dei fratelli era stato diagnosticato con tale patologia (in genere psicosi o depressione grave) o quando gli elementi sintomatici riferiti erano particolarmente evidenti (per esempio depressione grave con tentativi di suicidio). La frequenza di uno stato depressivo nella madre, nei primi anni di vita della paziente o nell'anno precedente l'esordio dell'anoressia, è stata riscontrata spesso anche da altri autori [20]. Quando la depressione, legata frequentemente alla perdita di un altro figlio, del coniuge o di un genitore, colpisce la madre nei primi anni di vita della figlia può verificarsi un brusco disinvestimento che determina a sua volta da parte della figlia la messa in atto di una serie di difese la più importante delle quali è il "disinvestimento dell'oggetto materno e l'identificazione inconscia con la madre morta" che diventa allora "un'identificazione negativa, cioè identificazione non con l'oggetto, ma con il buco lasciato dal disinvestimento" [21], operazione che facilmente ricorda il vuoto di identità e il sentimento di depressione e non esistenza di queste pazienti. Gli effetti della depressione materna nella relazione con la figlia sono rilevanti anche alla luce della natura fondamentalmente narcisistica del successivo investimento materno. Jeammet [22] ha portato l'attenzione sul fatto che i genitori della ragazza anoressica non hanno in genere un'organizzazione psicopatologia specifica (per quanto sia frequente ritrovare nella madre una personalità fobico-ossessiva con manifestazioni depressive) quanto piuttosto una specifica modalità di investimento della figlia che si intreccia in maniera peculiare con una problematica conflittuale con i propri genitori. Si tratta di un investimento narcisistico dell'immagine ideale "al fine di contro-investire fantasmi più repressi che rimossi: fantasmi di delusione (quando non di attacco) verso i propri genitori, fantasmi di svalorizzazione di sé, ecc." [23]. Si osserva spesso nella clinica il peso specifico che assume la problematica intergenerazionale, dove è frequente trovare una psicopatologia grave nei genitori della madre (psicosi, morte per suicidio), che viene negata e misconosciuta, oppure la frequenza di lutti non risolti (in genere di un proprio fratello o di altri figli) che determinano un investimento sostitutivo della figlia. L'investimento della figlia si differenzia da quello osservato nella psicosi dove non ne viene riconosciuta la differenza e l'individualità, ma si caratterizza invece per essere un investimento di un'immagine ideale a detrimento del riconoscimento dei desideri. Si può dire che anche in questo caso osserviamo uno spettro piuttosto ampio di modalità relazionali e di investimento (da quelle più chiaramente psicotiche in cui la figlia assume il ruolo di un altro morto, a quelle più narcisistiche dove deve rappresentare per la madre il riscatto per la parte di sé ferita, depressa e narcisisticamente investita). La captazione della figlia nell'economia psichica dei genitori impedisce loro di prestare una sufficiente attenzione ai suoi bisogni. E' certo comunque che spesso la figlia non è vista nella sua propria specificità, con bisogni e desideri propri. E questo corrisponde alla parallela costruzione da parte della figlia di una struttura di falso sé che protegge un sé profondo e segreto [24] e al tempo stesso si pone a esaudimento dei desideri materni.

Un'attenzione particolare deve essere posta alla frequenza con cui si trovano delle famiglie di pazienti anoressiche e bulimiche altri membri della famiglia con patologie chiaramente legate alla "dipendenza": disturbi alimentari (sia sul versante dell'anoressia-bulimia che dell'obesità: sorelle, ma spesso anche madri), alcolismo (soprattutto nei padri) e tossicodipendenza (in genere nei fratelli) [25] E' quello che gli autori americani definiscono come un "pattern generalizzato di abuso di sostanze" che caratterizza queste "famiglie multiproblematiche" [26]. Quello che sembra caratterizzare queste famiglie è la dipendenza da un sostituto non simbolico (cibo, alcool, droga) che può svolgere una funzione di salvaguardia oggettuale e narcisistica, evitando la conflittualizzazione delle relazioni.

Sintomi

Affrontare il problema dei sintomi associati all'anoressia e alla bulimia presuppone una scelta di campo ben definita. La letteratura anglosassone degli ultimi venti anni sembra assumere una posizione per lo più classificatoria, che associa un certo numero di sintomi ad uno o all'altro dei sottotipi dei disturbi alimentari, astenendosi per lo più dal darne un'interpretazione dinamica utile alla comprensione sia del problema che dell'individuo. Se non si vuole rimanere su considerazioni puramente sintomatiche e classificatorie è necessario assumere una prospettiva che permetta di fare luce sul peso dei fattori dinamici per comprendere quali possano essere i significati psicopatologici profondi che sottendono l'insieme di un certo numero di sintomi osservati frequentemente nella clinica di questi pazienti. Per fare questo è necessario partire da una prima considerazione importante, ossia l'esistenza di due grandi posizioni teoriche: da una parte quella di chi considera l'anoressia (e questo vale un po' meno per la bulimia, se la si tiene distinta dalla prima) come un'entità clinica autonoma, una sindrome specifica, che esula dalla nosografia classica ma che possiede una sua autonomia strutturale, e dall'altra quella di coloro che la ritengono una condotta sintomatica che può sottendere ad un'ampia gamma di strutture psicopatologiche che vanno dalla nevrosi fino alla psicosi. Se si assume questa seconda prospettiva, che nella nostra esperienza clinica trova ampi riscontri, si può affrontare il discorso dei sintomi associati da una parte per individuare in questo "range" le strutture psicopatologiche specifiche che sottendono questo fenomeno sintomatico e dall'altra per circoscrivere in qualche modo le tematiche fondamentali che spesso attengono a questa patologia: quella della depressione innanzitutto, a partire dal problema del vuoto e della perdita come vissuti soggettivi, quella del corpo e dell'agire, di cui sono manifestazione oltre alle condotte alimentari stesse (attraverso il controllo del corpo, l'impulsività bulimica, ecc) i tentativi di suicidio, le condotte di autolesionismo fino alla depersonalizzazione, quella della dipendenza relativa all'abuso di alcool, farmaci e droghe, quella del controllo relativa ai pensieri e ai rituali ossessivi relativi al cibo e al corpo ma anche ad altre aree esistenziali. Molte di queste tematiche sono inerenti in maniera specifica all'adolescenza, epoca elettiva di insorgenza di queste problematiche. Affrontare il significato e la qualità dei sintomi presenti nella storia clinica dei pazienti con disturbi alimentari ci consente allora di superare il concetto di co-morbidity, che considera semplicemente l'associazione esistente tra un certo numero di sintomi o psicopatologie e il disturbo alimentare, per arrivare invece a considerare l'esistenza della struttura psicopatologica specifica che sottende il disturbo alimentare di quel particolare paziente. Come premessa all'analisi dei dati emersi dal nostro campione è necessario nuovamente sottolineare come la valutazione clinica dei sintomi sia stata effettuata solo nell'ambito dei primi colloqui e secondo una modalità non strutturata. Questo ci consente di ipotizzare che la rilevazione possa essere relativa solo agli aspetti più chiaramente visibili e che il fenomeno

possa in realtà dimostrarsi molto più complesso, come è risultato evidente dagli aspetti che sono emersi nel corso delle terapie di una parte di questi pazienti.

L'analisi dei dati relativi agli aspetti sintomatici presenti nel nostro campione ci indica innanzitutto che, nonostante una percentuale piuttosto elevata di pazienti senza alcun altro sintomo se non quello relativo al disturbo alimentare (circa il 60%), la presenza di altri sintomi aumenta notevolmente con l'aumento della durata del disturbo alimentare stesso passando dall'11% dopo 1 anno al 44% dei casi dopo più di 5 anni dall'inizio del disturbo.

Tabella 6. Sintomi presenti oltre al disturbo alimentare.

SINTOMI (per N=627 pazienti)	Soggetti	%
Depressione	N=151	24.1%
Tentato suicidio	N=37	5.9%
Attacchi di panico	N=27	4.3%
Abuso di alcool, farmaci, stupefacenti	N=18	2.9%
Pensieri e rituali ossessivi (non sul d.a.)	N=16	2.5%
Fobie	N=12	1.9%
Autolesionismo	N=9	1.4%
Depersonalizzazione	N=6	0.9%
Altro (dist.psicosomatici, ecc.)	N=51	8.1%

Nota. Il 10% dei pazienti (N=63) riferisce più di un sintomo.

Questo dato conferma quanto rilevato da altri autori che hanno messo in luce come sintomi psichiatrici si manifestino nel corso dell'evoluzione del disturbo alimentare nel 50% dei casi [27]. Un'ipotesi a proposito di questo dato è quella secondo cui il disturbo alimentare possa funzionare come un organizzatore della patologia sottostante, o in alcuni casi come una barriera protettiva contro la psicosi, così che con il perdurare del disturbo e il venir meno della sua capacità strutturante si verifica una progressiva crisi di questa funzione che fa emergere i nuclei più profondi attraverso il manifestarsi di altri sintomi.

Dalla Tabella 6 osserviamo che più del 24% dei pazienti soffre di depressione, per arrivare ad un 30% se si considerano i tentativi di suicidio come indici di uno stato depressivo profondo. Il tratto depressivo di fondo dell'anoressia è stato da tempo messo in luce sotto diversi punti di vista, da quelli più dichiaratamente descrittivi a quelli che ne hanno esplorato le radici dinamiche. Innanzitutto esiste un'ampia letteratura che a seconda dei vari studi riporta percentuali di depressione che variano, a seconda degli strumenti utilizzati, dal 35% fino all'85% nei pazienti anoressici [28].

I momenti depressivi sembrano essere presenti nella storia dei pazienti anoressici in particolare nel momento di abbandono della condotta anoressica stessa, quando gli attacchi bulimici prendono il sopravvento mettendo in scacco la condotta restrittiva. A conferma di questo è stata riscontrata nel nostro campione una maggiore frequenza di un tono dell'umore depresso nelle pazienti con anoressia purging type (N=724, $\chi^2=15.1$, 5gdl, $p<.01$). Da un punto di vista dinamico si dovrebbe anche intendere il significato dell'emergere della depressione nel tempo: essa può infatti significare un abbandono del diniego e dell'identificazione al sintomo, un'apertura verso la relazione e i processi di interiorizzazione ed essere quindi un segno positivo, oppure può al contrario riflettere un debordamento emozionale dell'io con effetti più disorganizzanti che strutturanti [29].

Oltre al dato fenomenico sembra importante comprendere il significato psicopatologico dell'anoressia in rapporto alla problematica depressiva. Abbiamo già accennato a questa tematica in riferimento al vissuto di perdita e di vuoto e alla presenza di nuclei depressivi nei genitori. E' importante a questo proposito segnalare come la problematica depressiva si intrecci anche in maniera specifica con le tematiche adolescenziali di lutto e separazione dalle figure genitoriali idealizzate e contemporaneamente di rinuncia all'immagine di sé infantile e alla bisessualità che ancora caratterizzava l'infanzia. In alcuni casi sembrano essere proprio questi i lutti che l'adolescente anoressica non riesce a elaborare, ancorandosi invece tenacemente a questi oggetti perduti.

Un'altra tematica particolarmente importante nella comprensione del fenomeno anoressico-bulimico è quella relativa al corpo nei suoi stretti legami con la dimensione dell'agire. Dal punto di vista sintomatico è evidente l'importanza del corpo nelle condotte anoressiche e bulimiche, tanto che fin dal Simposio di Göttingen del 1965 è stata individuata la specificità dell'anoressia nel conflitto a livello del corpo e non delle funzioni alimentari, così come è nel disturbo dell'immagine corporea che si rintraccia un tratto distintivo e necessario anche per la diagnosi del DSM IV. Il corpo assume un significato particolare proprio nel momento dell'adolescenza, dove si situa in primo piano l'integrazione del corpo sessuato. Il corpo in adolescenza, con l'importanza che assume il suo sano investimento a livello dell'equilibrio narcisistico, si colloca inoltre al confine tra gli oggetti esterni e gli oggetti fantasmatici interni, è il luogo dove si situa la costruzione dell'immagine di sé, ma è anche il luogo dell'altro, il rappresentante dei genitori dell'infanzia.

E' evidente dunque in che misura esso rappresenti un via privilegiata di espressione, soprattutto a partire dalla fase adolescenziale dove viene appunto investito dei più diversi significati. Nell'anoressia il corpo assume significati molteplici, apparentemente paradossali: da un lato è il corpo investito narcisisticamente, idealizzato, pura astrazione su cui si concentra il bisogno di controllo, e dall'altra è il corpo reale, oggetto di negazione e di torture. E' spesso al livello del corpo che si situa infatti il tentativo di separazione dell'anoressica: riappropriarsi del corpo attraverso il suo controllo, ma anche torturarlo quando esso viene sentito come proprietà dell'altro. In questa grande area si situano dunque tutti quegli aspetti sintomatici che, oltre al vero e proprio disturbo alimentare che è sempre centrato sul corpo, si presentano come condotte somatiche o centrate sul corpo [30]: i disturbi psicosomatici (8.1% del nostro campione) e la depersonalizzazione (0.9%) innanzitutto, ma anche quelle in cui l'attacco al corpo è evidente, come nei comportamenti di autolesionismo (1.4%) fino al tentativo di suicidio (5.9%).

Nonostante questi ultimi siano caratterizzati soprattutto dalla dimensione dell'agire, che rende conto anche del loro carattere impulsivo e repentino, quello che gli uni e gli altri sembrano avere in comune è il fatto di rappresentare un'impossibilità o una difesa nei confronti dell'elaborazione mentale, una sorta di cortocircuito della mentalizzazione, che protegge dall'interiorizzazione del conflitto e dalla sofferenza psichica. La frequenza dei disturbi psicosomatici, ad esempio, sembra inserirsi sul registro del fallimento della simbolizzazione che secondo alcuni autori accomuna i fenomeni psicosomatici e i disturbi alimentari [31]. Quindi corpo come espressione somatica - non mentalizzabile - del conflitto, ma anche corpo come oggetto degli attacchi aggressivi del soggetto. La dimensione dell'agire sembra essere strettamente in relazione anche con gli aspetti impulsivi/compulsivi di molti comportamenti sintomatici associati all'anoressia e alla bulimia quali i furti e la cleptomania, l'uso di droghe e di alcool (quasi 3% del nostro campione), come anche nuovamente i comportamenti suicidari e quelli autolesivi. La dimensione di attacco al corpo e alle sue risorse, come si manifesta nei comportamenti autolesivi tipici di molte anoressiche - ferite, escoriazioni, lavaggi esterni ed interni di purificazione, ecc. - se da un lato denuncia l'aspetto più chiaramente perverso di questo disturbo [32], dall'altra sembra anche rappresentare in

certi casi un tentativo estremo e paradossale di evitare esperienze di depersonalizzazione e frammentazione del sé attraverso un'autostimolazione che mira alla ricerca di un confine corporeo stabile. Diversi autori ritengono che questo genere di comportamenti siano più frequenti nelle pazienti bulimiche con una struttura di personalità borderline, dove il carattere impulsivo dei comportamenti autolesivi è associato ad una maggiore vulnerabilità a episodi temporanei di depersonalizzazione [33].

Come abbiamo evidenziato in precedenza, non solo quasi il 6% dei familiari dei pazienti del nostro campione ha presentato problemi di alcolismo e tossicodipendenza, ma anche i pazienti stessi, nel 3% dei casi riferiscono di fare o di aver fatto uso di alcool, farmaci e stupefacenti per periodi più o meno lunghi. La letteratura psichiatrica americana [34] ha evidenziato negli ultimi 20 anni una presenza di abuso di sostanze nei pazienti con disturbi alimentari che arriva fino al 40% e che interessa prevalentemente i pazienti con bulimia o con anoressia purging type, in cui è evidente la rottura della difesa restrittiva. Per comprendere il significato di questa frequente associazione può essere utile ricorrere al concetto di dipendenza. Intendiamo qui per dipendenza non solo la percezione soggettiva dei pazienti, soprattutto nella manifestazione bulimica, di "non poter fare a meno" del cibo, ma soprattutto nella sua dimensione relazionale. Jeammet attribuisce a questo concetto un valore euristico particolare per comprendere non solo i disturbi alimentari, ma molti disturbi del comportamento in adolescenza. Egli intende la dipendenza patologica osservabile in questi pazienti come una "minaccia per la salvaguardia dei confini del soggetto, per la sua identità e la sua integrità narcisistica" [35] da cui il soggetto si difende attraverso potenti controinvestimenti della realtà esterna e del comportamento patologico. Sono i bisogni oggettuali ad essere sentiti come una minaccia per la salvaguardia dell'autonomia e dell'equilibrio narcisistico a causa di fallimenti nelle interiorizzazioni precoci durante i processi di separazione-individuazione. "Grazie alla scissione degli oggetti e spesso anche dell'Io, la problematica della dipendenza sarà limitata (però nello stile della scissione non dello spostamento) a ciò che avrà sostituito l'oggetto: una funzione fisiologica, un oggetto di bisogno, una parte del corpo, un oggetto concreto..., cioè la fame, il cibo, l'immagine del corpo, il corpo sessuato, la droga. Non si tratta di una sostituzione di carattere simbolico, che presupporrebbe un lavoro di separazione, d'interiorizzazione e di rappresentazione dell'oggetto originario (che è proprio ciò che non è stato possibile). Si tratta invece di una negazione del ruolo di questo oggetto, di una repressione dei legami e degli affetti che lo riguardano e del contro-investimento di uno pseudo-oggetto sostitutivo che, per il fatto stesso del suo carattere di controinvestimento, non si presta ad un lavoro di elaborazione e di allentamento della rimozione" [36].

Un'ultima riflessione deve essere fatta a proposito della presenza di pensieri e rituali ossessivi che non riguardano direttamente il disturbo alimentare (2.5% del nostro campione). Sappiamo infatti che nei pazienti con disturbi alimentari la dimensione rituale, ossessiva o compulsiva, del controllo è quasi sempre presente. Si potrebbe dire che l'intera esistenza dei pazienti anoressici e bulimici sia dominata dalla preoccupazione del controllo: il controllo del peso (attraverso il digiuno, il vomito o l'iperattività), il controllo dell'appetito, il controllo dei pensieri, il controllo delle funzioni del corpo (attraverso l'uso dei diuretici e dei lassativi, come anche con l'amenorrea), il controllo dell'ambiente (cucinare e decidere ciò che gli altri devono mangiare, ecc.). La presenza di comportamenti o pensieri ossessivo-compulsivi sia relativi al cibo, nei pensieri e nelle preoccupazioni costanti sulle calorie, sulla qualità e quantità degli alimenti, ecc. che ad altre aree, quali il perfezionismo, la pulizia, l'ordine, il denaro, ecc. ha portato alcuni autori [37] ad ipotizzare che la nevrosi ossessiva si presenti attualmente nella forma di disturbi riguardanti l'alimentazione. In questo caso, l'ideazione ossessiva funzionerebbe come un tentativo di acquistare controllo su impulsi, affetti, desideri e fantasie

nel pensiero, mentre i rituali compulsivi funzionerebbero come tentativi di guadagnare il controllo sullo stesso tipo di fattori attraverso l'azione.

Prima di affrontare le ipotesi diagnostiche più sofisticate sull'anoressia e la bulimia ci sembra importante sottolineare la necessità di utilizzare le riflessioni fin qui fatte per comprendere la struttura soggettiva del paziente: non sono ovviamente i sintomi o i comportamenti che in sé possono definire l'ambito strutturale nel quale si colloca l'individuo, ma le tematiche che sottendono tali sintomi possono permetterci di articolare una diagnosi più attenta che faccia riferimento da una parte alle modalità relazionali e dall'altra alla qualità e alla natura dei processi difensivi, delle identificazioni e del funzionamento mentale di ogni singolo individuo.

Per una diagnosi psicomodinamica dell'anoressia e della bulimia

A conclusione di questo lavoro vorrei brevemente soffermarmi sull'utilità di considerare i dati e gli elementi di riflessione fin qui proposti per superare la logica classificatoria che ha caratterizzato negli ultimi anni la ricerca sui disturbi alimentari e preparare invece un terreno di riflessione che consenta di affrontare questi disturbi articolandoli secondo una dimensione strutturale.

Come è stato accennato in precedenza esistono in letteratura posizioni differenti tra chi riconosce unitarietà e specificità all'anoressia e alla bulimia in termini di struttura psicopatologica e chi, al contrario, le considera manifestazioni, con una caratteristica specificità di articolazione sintomatica, di diverse psicopatologie sottostanti.

Facendo riferimento alla letteratura psicoanalitica ci si può rendere conto di come dalle origini ad oggi e a seconda dei diversi modelli teorici siano stati messi in luce diversi elementi psicopatologici di base dell'anoressia e della bulimia e come queste siano state ricondotte quasi ad ogni struttura psicopatologica. A questo percorso diacronico può anche essere affiancata una lettura sincronica, che riconosce che all'interno della grande categoria dei disturbi alimentari si presentano non tanto dei sottotipi fenomenologici, come vuole la classificazione psichiatrica, quanto diverse strutture psicopatologiche che si collocano su un continuum diagnostico. E' evidente tuttavia come non sia possibile prescindere in questo caso dalla posizione teorica assunta dagli autori pur all'interno di una prospettiva psicoanalitica. Ricondurre infatti il disturbo anoressico-bulimico alla distinzione nevrosi-psicosi o ipotizzare anche l'esistenza di un disturbo di personalità borderline o di un disturbo narcisistico sottostante non è solo un'operazione diagnostica, ma l'esplicitazione di una posizione teorica precisa che riconosce o meno importanza alle diverse strutture. Affrontare questo complesso tema è tuttavia al di là degli scopi di questo lavoro. Ci limiteremo pertanto a riferire brevemente le principali categorie nosografiche che sono state invocate per delineare la possibile struttura sottostante nei disturbi alimentari.

La struttura isterica dell'anoressia è stata forse la prima ad essere individuata. Già Gull e Lasègue, verso la metà dell'Ottocento, l'avevano denominata "anoressia isterica" e lo stesso Freud [38], facendo riferimento all'anoressia e al vomito come a due dei sintomi più comuni dell'isteria, riteneva che potesse trattarsi di una forma di conversione. Una prima individuazione delle diverse strutture sottostanti ai disturbi alimentari si deve a Dally [39] che nel 1969 distingueva all'interno di un campione di pazienti anoressiche un gruppo "isterico", un gruppo "ossessivo" ed uno a eziologia mista. A proposito del fondamento isterico dell'anoressia e della bulimia una posizione estremamente articolata dal punto di vista della psicoanalisi lacaniana è quella di Recalcati [40].

Sempre nell'ambito del registro nevrotico è stato messo l'accento sulle relazioni esistenti tra anoressia-bulimia e tratti ossessivi [41]. Come abbiamo accennato in riferimento ai sintomi, secondo Rothenberg [42] i disturbi alimentari sarebbero la forma moderna della nevrosi

ossessivo-compulsiva. Questo autore individua nei comportamenti anoressici e bulimici le modalità difensive tipiche della nevrosi ossessiva: l'annullamento difensivo implicito nelle condotte di eliminazione, lo spostamento, la formazione reattiva, l'intellettualizzazione, le preoccupazioni relative al controllo e alla modulazione dell'aggressività e della rabbia farebbero tutte parte di questo quadro specifico. L'autore segnala inoltre la possibilità che in alcuni casi un quadro ossessivo-compulsivo grave funzioni da difesa contro un possibile scompensamento psicotico.

Un altro modello di riferimento per l'anoressia è stato quello della depressione, cui già Freud accennava nel 1895: "La nevrosi alimentare parallela alla melanconia è l'anoressia. La ben nota anorexia nervosa delle ragazze mi sembra essere (da osservazioni accurate) una melanconia che si verifica ove la sessualità non è sviluppata [...] Perdita di appetito: in termini sessuali, perdita della libido" [43]. Il riferimento alla depressione è stato spesso avvalorato da diverse considerazioni: la presenza di sintomi depressivi nella storia clinica riportata in numerosi studi, la parentela con la psicosi maniaco-depressiva (nel periodico alternarsi di anoressia e bulimia), il significato psicopatologico della condotta anoressica in rapporto alla problematica depressiva [44]. Da una prospettiva lacaniana, Recalcati ha sottolineato "la radice melanconica dell'anoressia-bulimia [dove] l'oggetto non è lasciato essere perduto, ma conservato nella forma di un'identificazione al morto (anoressia) o in quella di una ricerca spasmodica del vuoto lasciato dall'oggetto perduto nel pieno reale dell'oggetto-cibo (bulimia)" [45].

La malattia psicosomatica rappresenta un terzo modello psicopatologico che considera le associazioni tra disturbo somatico e conflitto psichico o meglio l'investimento del corpo a salvaguardia della mentalizzazione dei conflitti psichici. L'amenorrea in questo senso sarebbe il sintomo psicosomatico per eccellenza, ma sono da segnalare anche le elevate percentuali di sintomi psicosomatici riscontrate nei pazienti con disturbi alimentari. Il ricorso ad un modello psicosomatico sembra essere stato favorito anche da alcune caratteristiche specifiche del funzionamento mentale delle pazienti anoressiche (le difficoltà associative, la povertà o l'assenza di elaborazione fantasmatica, il pensiero concreto o operatorio) che ricordano quelle dei tipici pazienti psicosomatici [46]. Inoltre una posizione più complessa delle possibili analogie tra anoressia e fenomeni psicosomatici è stata messa in luce nell'individuazione della inclinazione olofrastica del discorso anoressico-bulimico [47].

La perversione è stata ugualmente invocata a proposito dell'anoressia sia nella sua dimensione caratteriale di perversità in relazione alla manipolazione delle persone, alle menzogne e alla mitomania, sia nella sua dimensione strutturale di diniego della castrazione, feticizzazione del corpo, riattivazione della sessualità pregenitale [48]. Al tratto perverso dell'anoressia è stato fatto riferimento sia per quanto riguarda tutti quei comportamenti masochistici che fanno del corpo uno "strumento di godimento" sia come posizione relazionale [49].

Così come in molti casi è possibile rintracciare a fondamento dei disturbi alimentari una struttura nevrotica (isterica, ossessiva, ecc.), molti autori hanno riconosciuto anche l'esistenza di nuclei psicotici nella patologia anoressica e bulimica, sia nel senso della massiccia utilizzazione di meccanismi di difesa tipici della psicosi (scissione, negazione, identificazione proiettiva, ecc.), sia nell'ipotesi che l'anoressia serva in alcuni casi da contenimento ad uno scompensamento psicotico. Sono quindi state proposte posizioni intermedie che vanno dall'individuazione di una struttura specifica (un disturbo di personalità borderline, un disturbo narcisistico, una struttura tipo "falso Sé") fino all'ipotesi che si tratti di una forma particolare di psicosi.

Tra i cosiddetti "stati limite" l'organizzazione di personalità borderline è quella a cui più spesso si è fatto ricorso per il frequente riscontro nella clinica dei pazienti con disturbi alimentari di alcune caratteristiche particolari: l'uso di meccanismi di difesa primitivi

(scissione e identificazione proiettiva), la vulnerabilità a episodi temporanei di depersonalizzazione e frammentazione del sé, la compresenza di una molteplicità di comportamenti impulsivi, la qualità delle relazioni oggettuali che oscillano rapidamente dall'idealizzazione alla svalutazione, la dispersione dell'identità e le rapide fluttuazioni dell'umore che vanno dalla rabbia intensa a profondi sentimenti di vuoto e depressione. I diversi autori [50] che individuano l'importanza di considerare un'organizzazione di personalità borderline nei pazienti con disturbi alimentari sono in genere d'accordo sul ritenere che solo una parte di questi pazienti sia caratterizzato da una struttura di questo tipo, mentre altri possono situarsi su un continuum che va dalle forme più vicine ad una struttura tipo "falso Sé" a quelle più dichiaratamente nevrotiche. Un disturbo nell'organizzazione del Sé è stato invocato spesso dagli autori che fanno riferimento al pensiero di Winnicott o di Kohut, sia per delineare una peculiare struttura dei pazienti anoressico-bulimici, caratterizzata da una scissione tra un falso Sé esterno, adattivo, e un Sé interno, segreto, sia in riferimento ad un disturbo narcisistico in cui il Sé viene sentito in costante pericolo di frammentazione e mobilita misure difensive di controllo per arginare i sentimenti di non esistenza, falsità e inefficacia. Il funzionamento dell'Io in questo caso è più elevato di quello dei pazienti con una struttura borderline, gli stati affettivi sono meno dirompenti e le difese prevalenti sembrano basarsi sull'evitamento, il diniego, l'isolamento degli affetti e l'intellettualizzazione [51].

L'individuazione di un funzionamento psichico vicino a quello di riscontro nelle psicosi ha portato infine alcuni autori a ipotizzare che l'anoressia sia una forma particolare di psicosi (schizofrenica o maniaco-depressiva). Così ad esempio la Selvini parla di una paranoia intrapsichica, intermedia tra schizofrenia e depressione, legata ad un'avidità orale molto ambivalente e molto intensa che minaccia l'integrità del soggetto e i Kestemberg parlano di un'organizzazione narcisistica originale, imparentata con la psicosi e da loro denominata "psicosi fredda" [52].

Con questa breve rassegna sono state messe in luce le principali strutture invocate per interpretare il disturbo anoressico-bulimico. Attualmente numerosi autori [53] riconoscono che all'interno della grande categoria dei disturbi alimentari sono rintracciabili una grandissima varietà di situazioni nosografiche e strutturali e che è difficile ridurre l'anoressia e la bulimia ad una struttura univoca.

A questo proposito nel concludere questo lavoro vorrei sottolineare come sia necessario, sempre e comunque ma soprattutto nel caso dell'anoressia e della bulimia, articolare il più possibile l'evento diagnostico al fine di individuare e conoscere le molteplici situazioni cliniche che si nascondono dietro lo stesso evento fenomenico e che possono essere caratterizzate da una varietà di aspetti che si intrecciano tra loro, a partire dai dati anamnestici fondamentali, come l'età di insorgenza, la rigidità sintomatica o la sua rapida oscillazione, la natura e l'entità degli eventi traumatici presenti nella storia clinica, ma soprattutto arrivando agli aspetti del funzionamento psichico individuale e familiare e alla natura delle relazioni oggettuali. Solo la considerazione complessiva di questi aspetti infatti, nella loro articolazione personale, può aiutarci a comprendere nella relazione terapeutica la soggettività del paziente che abbiamo di fronte.

[1] Questo dato è confermato anche dal fatto che mentre nel DSM III R i disturbi alimentari venivano inseriti tra i Disturbi con esordio adolescenziale, nel DSM IV vi è riservata una sezione specifica a parte.

[2] Cfr. G.Vetrone e M.Cuzzolaro, La spinta a dimagrire in un gruppo di studentesse provenienti da famiglie di classi sociali medio-basse, *Psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza*, vol.63, 1996, pp.665-676.

[3] K.A. Halmi et al., Binge-eating and vomiting; a survey of a college population, *Journal of Psychological Medicine*, vol.11, 1981, pp.697-706.

[4] Cfr. H.G. Pope et al., Prevalence of anorexia nervosa e bulimia in three student populations, *International Journal of Eating Disorders*, vol.3, 1984, pp.45-51 e K.A. Halmi et al., op. cit.

[5] Cfr. M.Cuzzolaro e A.Petrilli, Validazione della versione italiana dell'EAT-40, *Psichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza*, vol.55, 1988, pp.209-217 e A. Dotti et al., Disturbi della condotta alimentare: primi risultati di una ricerca nelle scuole romane, *Psichiatria e Psicoterapia Analitica*, vol.10, n.4, 1991, pp.301-312.

[6] Il DSM IV (Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali. Edizione italiana a cura di V.Andreoli, G.Cassano, R.Rossi, Masson, Milano 1996, pp.591-603) ha così enucleato i criteri diagnostici fondamentali per l'anoressia e per la bulimia:

Anoressia Nervosa: A. Rifiuto di mantenere il peso corporeo al di sopra o al peso minimo normale per l'età e la statura (per esempio, perdita di peso che porta a mantenere il peso corporeo al di sotto dell'85% rispetto a quanto previsto, oppure incapacità di raggiungere il peso previsto durante il periodo di crescita in altezza, con la conseguenza che il peso rimane al di sotto dell'85% rispetto a quanto previsto). B. Intensa paura di acquistare peso o diventare grassi, anche quando si è sottopeso. C. Alterazione del modo in cui il soggetto vive il peso o la forma del corpo, o eccessiva influenza del peso o della forma del corpo sui livelli di autostima, o rifiuto di ammettere la gravità della attuale condizione di sottopeso. D. Nelle femmine dopo il menarca, amenorrea, cioè assenza di almeno tre cicli mestruali consecutivi.

Sottotipi:

Con restrizioni: nell'episodio attuale il soggetto non ha presentato regolarmente abbuffate o condotte di eliminazione.

Con abbuffate/condotte di eliminazione: nell'episodio attuale il soggetto ha presentato regolarmente abbuffate o condotte di eliminazione (per es. vomito autoindotto, uso inappropriato di lassativi, diuretici o enteroclismi).

Bulimia Nervosa: A. Ricorrenti abbuffate. Una abbuffata è caratterizzata da entrambi i seguenti: 1. Mangiare in un definito periodo di tempo (per esempio, un periodo di due ore) una quantità di cibo significativamente maggiore di quella che la maggior parte delle persone mangerebbe nello stesso tempo e in circostanze simili; 2. Sensazione di perdere il controllo durante l'episodio (per esempio, sensazione di non riuscire a smettere di mangiare o a controllare cosa e quanto si sta mangiando). B. Ricorrenti e inappropriate condotte compensatorie per prevenire l'aumento di peso, come vomito autoindotto, abuso di lassativi, diuretici, enteroclismi o altri farmaci, digiuno o esercizio fisico eccessivo. C. Le abbuffate e le condotte compensatorie si verificano entrambe in media due volte alla settimana, per tre

mesi. D. I livelli di autostima sono indebitamente influenzati dalla forma e dal peso corporei. E. L'alterazione non si manifesta esclusivamente nel corso di episodi di Anoressia Nervosa.

Sottotipi:

Con condotte di eliminazione: nell'episodio attuale il soggetto ha presentato regolarmente vomito autoindotto o uso inappropriato di lassativi, diuretici o enteroclistmi.

Senza condotte di eliminazione: nell'episodio attuale il soggetto ha utilizzato regolarmente altri comportamenti compensatori inappropriati, quali il digiuno o l'esercizio fisico eccessivo, ma non si dedica regolarmente al vomito autoindotto o all'uso inappropriato di lassativi, diuretici o enteroclistmi.

[7] Cfr. D.M. Garner e C.G. Fairburn, Relationship between anorexia nervosa and bulimia nervosa: diagnostic implications, in D.M. Garner e P.E. Garfinkel (Eds.), Diagnostic issues in anorexia nervosa and bulimia nervosa, Brunner/Mazel, New York 1988, dove le percentuali del campione nell'anno 1986 per l'anoressia restrittiva, l'anoressia purging type e la bulimia sono rispettivamente del 14%, 7.3% e 78.6%.

[8] Cfr. per una rassegna dei principali contributi sulla bulimia M. Cuzzolaro, Bulimia nervosa: definizione diagnostica e terapia psicoanalitica, Psicobiettivo, vol.8, n.2, 1988, pp.9-24.

[9] Cfr. a questo proposito il volume di C. Johnson e M.E. Connors (Eds.), The etiology and treatment of bulimia nervosa, Basic Books, New York 1987.

[10] Cfr. D.M. Garner e C.G. Fairburn, op. cit.

[11] Cfr. a questo proposito la posizione di M. Recalcati, L'ultima cena: anoressia e bulimia, Bruno Mondadori, Milano 1997.

[12] Cfr. C. Johnson e M.E. Connors (Eds.), op. cit. e Ph. Jeammet, L'anorexie mentale, Monographies Doin, Paris 1985.

[13] I confronti sono stati effettuati tramite l'ANOVA. Sono risultate in entrambi i casi delle differenze significative: $F=12.5$, $p=.000$ per l'età al momento del colloquio e $F=13.6$, $p=.000$ per la durata media del disturbo.

[14] Cfr. C. Johnson et al., Bulimia: a descriptive survey of 316 cases, International Journal of Eating Disorders, vol.11, 1982, pp.1-16; R.L. Pyle et al., Bulimia: A report of 34 cases, Journal of Clinical Psychiatry, vol.42, 1981, pp.60-64; L. Frighi e M. Cuzzolaro, op. cit.; P. Dally e J. Gomez, Anorexia nervosa, Heinemann, London 1979; Ph. Jeammet, L'anorexie mentale, op. cit.

[15] Cfr. M. Recalcati, op. cit., p.180, dove afferma che "l'anoressica, in effetti, reagisce all'evento della perdita ancorandosi all'oggetto, conservandone la traccia, le spoglie mummificate, divenendo lei stessa la mummia, l'icona vivente, dell'oggetto perduto. Ciò che non si verifica è l'esperienza del lutto come lavoro".

[16] Cfr. M. Recalcati, op. cit., p.91 e J. McDougall, The psychosoma and psychoanalytic process, International Review of Psychoanalysis, vol.1, 1974, pp.437-454.

[17] Cfr. L.Frighi e M.Cuzzolaro, Gli eventi stressanti nei disturbi dell'alimentazione, in D.De Martis (a cura di), Atti del Convegno "Evento e Psicosi", Pavia, 21-22 settembre, 1984 e il

volume a cura di F. Montecchi, Anoressia mentale dell'adolescenza, Franco Angeli, Milano 1994, per l'ipotesi di un alto livello di rischio nelle famiglie monoparentali dove la risposta anoressica è per lo più su base depressiva alla disgregazione familiare.

[18] Cfr. C. Johnson e M.E. Connors, The etiology and treatment of bulimia nervosa, op. cit. dove la percentuale delle malattie è del 14%.

[19] Cfr. A. Kearney-Cooke, Group treatment of sexual abuse among women with eating disorders, Women and Therapy, vol.7, n.1, 1988, pp.5-21.

[20] Cfr. D. Tortolani, La diagnostica familiare dell'anoressia mentale in ospedale, in F.Montecchi (a cura di), Anoressia mentale dell'adolescenza, op. cit., e P. Dally e J. Gomez, Anorexia nervosa, op. cit.

[21] Cfr. A. Green, La madre morta, in Narcisismo di vita, narcisismo di morte, Borla, Roma 1985.

[22] Cfr. Ph. Jeammet, L'anorexie mentale, op. cit.

[23] Cfr. Ph. Jeammet, Psicopatologia dell'adolescenza, Borla, Roma 1992, p.150.

[24] Cfr. A. Novelletto, Psichiatria psicoanalitica dell'adolescenza, Borla, Roma 1986, pp.145-160.

[25] Segnaliamo che nel nostro campione la frequenza della tossicodipendenza nei fratelli è significativamente maggiore nelle pazienti con Anoressia Purging Type (N=678, $c^2=7.28$, 3gdl, $p<.06$)

[26] Cfr. R.L. Pyle et al., Bulimia: A report of 34 cases, op. cit.; K. Carroll e G. Leon, The bulimic-vomiting disorder within a generalized substance abuse pattern. Presentato all'Annual Meeting of the Association for the Advancement of Behavior Therapy, Toronto, Canada, 1981; D.Tortolani, La diagnostica familiare dell'anoressia mentale in ospedale, in F.Montecchi, op. cit.

[27] Cfr. Ph. Jeammet, L'anorexie mentale, op.cit.

[28] Cfr. E.D. Eckert et al., Depression in anorexia nervosa, Psychological Medicine, vol.12, n.1, 1982, pp.115-122.

[29] Cfr. Ph. Jeammet, L'anorexie mentale, op.cit.

[30] Per un confronto con dati analoghi della letteratura anglosassone vedi C. Jonhson e M.E. Connors, op. cit.

[31] Cfr. J. McDougall, op. cit. e M. Recalcati, op. cit.

[32] Cfr. M. Recalcati, op. cit.

[33] Cfr. C. Johnson e M.E. Connors, op. cit.

[34] Cfr. J.I. Hudson et al., A controlled study of lifetime prevalence of affective and other psychiatric disorders in bulimic outpatients, *American Journal of Psychiatry*, vol.144, 1987, pp.1283-1287; e R. Leassle et al., The significance of subgroups of bulimia and anorexia nervosa: lifetime frequency of psychiatric disorders, *International Journal of Eating Disorders*, vol.8, n.5, 1989, pp.569-574.

[35] Cfr. Ph. Jeammet, *Psicopatologia dell'adolescenza*, op.cit., p.140.

[36] Cfr. Ph. Jeammet, *Psicopatologia dell'adolescenza*, op.cit., pp.144-145.

[37] A questo proposito cfr. A. Rothenberg, *Adolescenza e disturbi alimentari: la sindrome ossessiva-compulsiva*, *Adolescenza*, vol.4, n.2, 1993, pp.182-206.

[38] Cfr. S. Freud, *Studi sull'Isteria (1892-95)*, in *Opere*, vol.I, Boringhieri, Torino 1967, e *Meccanismo psichico dei fenomeni isterici (1893)*, in *Opere*, vol.II.

[39] Cfr. P. Dally, *Anorexia Nervosa*, Grune and Stratton, New York 1969.

[40] Cfr. M. Recalcati, op. cit.

[41] Cfr. M. Recalcati, op. cit. e F. Montecchi, op. cit.

[42] Cfr. A. Rothenberg, op. cit.

[43] S. Freud, *Minuta G*, in *Opere*, vol. II, p.30.

[44] Cfr. Ph. Jeammet, *L'anorexie mentale*, op. cit.

[45] M. Recalcati, op. cit., p.64.

[46] Cfr. J. McDougall, op. cit.

[47] Cfr. M. Recalcati, op. cit.

[48] Cfr. Ph. Jeammet, *L'anorexie mentale*, op. cit.

[49] Cfr. M. Recalcati, op. cit., p.144.

[50] Cfr. W.J. Swift e R. Letven, *Bulimia and the basic fault: a psychoanalytic interpretation of the bingeing-vomiting syndrome*, *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, vol.23, 1984, pp.489-497; C. Johnson, *Initial consultation for patients with bulimia and anorexia nervosa*, in D.M. Garner e P.E. Garfinkel (Eds.), *Handbook of psychotherapy for anorexia nervosa and bulimia*, The Guilford Press, New York 1985.

[51] Per le diverse posizioni a proposito di una patologia del Sé cfr. A. Novelletto, *Psichiatria psicoanalitica dell'adolescenza*, op. cit.; A. Goodsitt, *Self-regulatory disturbances in eating disorders*, *International Journal of Eating Disorders*, vol.2, 1983, pp.51-60; A. Goodsitt, *Self Psychology and the treatment of anorexia nervosa*, in D.M. Garner e P.E. Garfinkel (Eds.), op. cit.; W.J. Swift e R. Letven, op. cit.

[52] Cfr. M. Selvini, *L'anoressia mentale*, Feltrinelli, Milano 1981; E. Kestemberg, J. Kestemberg, S. Decobert, *La fame e il corpo*, Astrolabio, Roma 1977.

[53] Cfr. M. Recalcati, *op. cit.*; Ph. Jeammet, *op. cit.*; C. Johnson, *op. cit.*; F. Montecchi e M. Magnani, *Anoressia o anoressie?*, *Psichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza*, vol.63, 1996, 677-688.